

FACULTE DE MEDECINE

**Contribution à l'Etude
du Mégaduodénum**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Mai 1937

par

René CATHARY

Né le 18 Avril 1907, à Badens (Aude)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY: {	MM. MASSABUAU, prof. président.	Assesseurs.
	ETIENNE, professeur.	
	GUILBAL, agrégé.	
	ROUX, agrégé.	

IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DES SAUVAGES
MONTPELLIER

1937

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU MEGADUODENUM



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555203_0045

FACULTE DE MEDECINE

Contribution à l'Etude du Mégaduodénum

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Mai 1937

par

René CATHARY

Né le 18 Avril 1907, à Badens (Aude)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY:	{	MM. MASSABUAU, prof. président. ETIENNE, professeur. GUIBAL, agrégé. ROUX, agrégé		Assesseurs.
-------	---	--	--	-------------

IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DES SAUVAGES
MONTPELLIER

1937

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, assesseur.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
Anatomie (Ch. de c.)	CABANNE
Histologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. ROUET, TEDENAT, GALAVIELLE VALLOIS,
FORGUE, ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BAUMEL
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON.

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	RIMBAUD
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE
Ophtalmologie	DEJEAN

Examineurs de la Thèse

MM. MASSABUAU, prof. président.	MM. GUIBAL, agrégé.
ETIENNE, professeur.	ROUX, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Humble témoignage de ma
reconnaissance, infinie.*

A MA SŒUR

A MA GRAND-MÈRE

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Professeur de clinique chirurgicale

*Qu'il trouve ici l'expression
de ma gratitude.*

A MON JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUIBAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUX

Introduction

La dilatation chronique du duodénum est une affection rarement observée.

En Amérique Bloodgood, Ven Der Hoof et Roberts en publièrent successivement trois cas ; Bianchini en Italie en apporte un quatrième : enfin, Schmidt et Ohly en Allemagne en présentèrent un cas d'origine congénitale avec diverticule.

En France, nous devons mentionner les observations de Victor Pauchet, Pierre Duval, J. Charles Roux, Raymond Grégoire, Henri Bécèle, J. Gatelier, Moutier et Pernet.

Plus récemment Raoul Marchioni d'Alger en publia deux cas.

Aussi, avons nous cru intéressant nous l'inspiration de notre maître M. le professeur Massabau de faire connaître un cas nouveau de dilatation chronique du duodénum.

Nous essayerons d'en faire l'étude clinique et riadiologique et nous terminerons par un rapide aperçu thérapeutique.

Rappel Anatomique

Le duodénum est la partie initiale de l'intestin grêle qui s'étend du pylore à l'angle duodéno-jéjunal. Il occupe la partie postérieure et supérieure de la cavité abdominale. A son origine il est superficiel puis se rapproche de la colonne vertébrale et devient alors profond.

Il est fixé par le péritoine, par le canal cholédoque et les canaux excréteurs du pancréas, par ses vaisseaux propres et ses nerfs, enfin par un faisceau musculaire spécial : le muscle de Treitz.

Il a le plus souvent la forme d'un anneau de courbe régulière ce qui permet de lui distinguer 4 portions : une première portion dirigée à droite en haut et en arrière jusqu'au col de la vésicule biliaire; une deuxième portion descendant verticalement le long du bord droit de la tête du pancréas ; une troisième portion dirigée horizontalement de droite à gauche, passant sous les vaisseaux mésentériques supérieurs ; enfin une quatrième portion ascendante remontant sur le côté gauche de la colonne vertébrale, jusqu'au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, où elle se termine en se continuant avec le jéjunum et formant l'angle duodéno-jéjunal.

Le duodénum a une longueur de 25 centimètres : son calibre est irrégulier ; son diamètre mesure environ, suivant la région, de 3 à 4 centimètres. Sa capacité est de 110 centimètres cubes en moyenne.

Configuration intérieure.

La muqueuse du duodénum a les caractères généraux de la muqueuse de tout l'intestin grêle. Elle présente en effet des villosités, des valvules conniventes et des follicules clos.

En plus de ces éléments, la surface muqueuse du duodénum présente deux formations particulières, la grande et la petite caroncule.

La grande caroncule est une saillie conique située sur la face interne de la deuxième portion du duodénum qui, dans la moitié des cas environ, est creusée d'une cavité l'ampoule de Vater au fond de laquelle s'abouchent le canal cholédoque et le canal de Wirsung.

La petite caroncule est une saillie également conique située au-dessus et un peu en avant de la grande caroncule. Le sommet en est occupé par l'orifice d'abouchement du canal de Santorini.

RAPPORTS DU DUODENUM

1) *Avec le pancréas.*— Le pancréas est un diverticule du duodénum primitif, il en représente une évagination, ce qui explique leur intimité. En effet les quatre portions du duodénum font le tour de la tête du pancréas et sont intimement unies à elle.

2) *Avec le péritoine.* — Dans son ensemble le péritoine duodénal est divisé en trois parties par les racines du mésocolon transverse et du mésentère.

Au-dessus du mésocolon la face antérieure des première et deuxième portions du duodénum ainsi que la face postérieure de la première portion sont revêtues par le péritoine.

3) *Avec l'artère mésentérique supérieure.*— L'artère mésentérique supérieure passe en avant de la face antérieure de la troisième portion du duodénum.

Vaisseaux et nerfs. — Le duodénum reçoit ses artères de deux sources différentes: L'artère gastro-duodénale, branche de l'hépatique et l'artère mésentérique supérieure.

La première portion reçoit des rameaux nerveux qui proviennent des nerfs du foie, ce sont les nerfs duodéno-pyloriques ; les autres portions reçoivent des filets nerveux qui viennent du plexus solaire et des ganglions mésentériques supérieurs.

Physiologie normale et Pathologique du Duodénum

On peut décrire au duodénum deux grandes fonctions : la motricité et la sécrétion.

Le bulbe reçoit le chyme gastrique et le garde pendant un temps variable de quelques secondes à 2 ou 3 minutes suivant la position du sujet, ce temps sera plus long dans le décubitus horizontal.

Le tube duodénal proprement dit, a un transit plus rapide quelques secondes à peine.

Sur les radiographies, à l'état normal, le bulbe se dessine alors que le restant du duodénum est à peine indiqué par une image très fine dite en « barbe de plumes ».

Le bulbe se vide par des contractions d'ensemble, auxquelles s'ajoutent de temps en temps de petites ondes superficielles.

Le tube duodénal est le siège d'ondes péristaltiques et antipéristaltiques et de contractions massives qui tendent à vider son contenu dans le duodénum.

Dans le mégaduodénum, le transit intestinal est altéré, le contenu stagne pendant un temps parfois très prolon-

gé, les mouvements péristalliques et antipéristalliques sont exagérés ou abolis suivant les cas.

La sécrétion discontinue s'établit pendant l'évacuation gastrique et s'intensifie sous l'influence de l'action sécrétoire du suc duodénal lui-même, partiellement résorbé.

Dans la dilatation duodénale qui s'accompagne de stase, il semble qu'il y ait une sécrétion de suc continue et plus abondante.

Ce suc à l'état normal est à peu près stérile ; il ne contient que de rares germes non virulents. Nous verrons que dans la stase duodénale, il devient très toxique.

Observation

Observation due à l'obligeance de M. le Prof. Massabuau

Madame Marie-Antoinette E... âgée de 45 ans, entrée le 7 Mai 1936 dans le service de M. le Professeur Massabuau après un court séjour dans un service de médecine où le diagnostic de « diverticule du duodénum » avait été porté.

Cette malade qui avait été opérée d'hémorroïdes il y a 15 ans et d'appendicite en 1927, se plaignait de douleurs post-prandiales, avec nausées, sans vomissements, en 1927 et en 1929, au creux épigastrique qu'on aurait étiquetées de dyspepsie nerveuse.

Règles régulières jusqu'à 35 ans, irrégulières et même douloureuses depuis 10 ans.

Mère morte d'un cancer.

Histoire de la Maladie.

An mois de janvier 1936, à la suite de la grippe, la malade a vomi pendant une semaine ; elle rendait tout ce qu'elle prenait.

Est rentrée à l'hôpital le 25 janvier 1936 et a continué à vomir pendant près d'un mois d'une façon discontinue cependant.

Au mois de février 1936 on fait à la malade une dilatation de l'œsophage dans le service de M. le Professeur Terracol à la suite de difficultés qu'elle éprouvait pour avaler.

Mais depuis le début a toujours présenté une vive douleur en un point situé à gauche et à l'intersection du bord externe du grand droit et d'une horizontale passant par l'ombilic.

Actuellement, la malade souffre tout le temps, mais sitôt après les repas, la douleur s'accroît et est suivie de nausées.

Est actuellement constipée.

A depuis longtemps des digestions pénibles.

Pas d'hématémèse ni de méléna.

Un examen pratiqué le 7 Mai 1936 a montré une douleur extrêmement vive à la pression, en un point situé à gauche à l'intersection du bord externe du grand droit et d'une horizontale passant par l'ombilic.

La palpation ne révèle aucun autre point douloureux.

La région ombilicale est fortement ballonnée.

Cicatrice longue d'appendicectomie.

Un second examen pratiqué le 2 Juin 1936 à la suite d'une élévation thermique a révélé un foyer pulmonaire congestif de la base gauche avec souffle aux deux temps, assez rude, et râles sous-crépitaux expiratoires.

Nombreux râles humides de la base droite.

Le malade crache abondamment.

Dyspnée modérée.

Radioscopie et Radiographie. — Faite le 29 Janvier 1936.

La déglutition de la bouillie opaque est difficile, mais l'obstacle siège très haut au niveau du pharynx. Il paraît s'agir d'un simple spasme pharyngé.

Le transit œsophagien ne présente aucune anomalie.

L'estomac à jeun ne contient pas de liquide de stase, mais il est allongé, son bas-fond descend à quatre travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques.

Les contractions sont assez bonnes, mais le pylore reste longtemps fermé. Au bout d'un certain temps, cependant on assiste à une évacuation pylorique et on peut alors constater la présence d'un « duodénum partiel mobile » caractérisé par les déformations suivantes :

Le duodénum est alors dirigé en bas et à droite, puis il s'élève verticalement, pour atteindre le génus supérieur ; après celui-ci sa topographie est normale.

Dans la position verticale où le décubitus ventral il se fait d'importants brassages au niveau de la première portion du duodénum, traduisant une certaine gêne au transit créée par cette mobilité anormale.

Cependant l'évacuation n'est pas gênée dans son ensemble. 24 heures après l'ingestion, le liquide opaque est à peu près complètement évacué, on en trouve simplement quelques traces au niveau des côlons.

Au moment de l'examen, il n'y a donc eu aucun retard dans l'évacuation.

Examens de Laboratoire. — 8 Mai 1936 examen sérologique de la syphilis entièrement négatif.

8 Mai 1936 : Analyse d'urine — rien de pathologique.

8 Mai 1936 : Urée de sang — 0 gr. 18 par litre.

8 Mai 1936 : Glucose de sang 0 gr. 97.

3 Juin 1936 : Analyse bactériologique des crachats qui a révélé la présence de bacilles de Koch.

D'autre part, un chimisme gastrique, fait en 1929 lors d'un bref passage de cette malade à l'hôpital avait montré la présence de bile dans l'estomac.

Le diagnostic clinique de diverticule du duodénum étant posé, et la malade demandant une intervention chirurgicale, une laparotomie médiane, sus ombilicale, exploratrice fut décidée et pratiquée le 20 Mai 1936.

La malade en décubitus dorsal.

Incision de l'appendice xiphoïde à l'ombilic.

Exploration. — Côlon transverse très adhérent à l'estomac à droite surtout.

L'exploration du duodénum montre une première portion extrêmement dilatée, en forme de barillet ; la deuxième portion est normale comme largeur, mais est très longue.

A l'union de la première et de la deuxième portion (genu-supérius) se trouve un rétrécissement.

La palpation ne révèle aucune induration de la paroi duodénale qui puisse expliquer ce rétrécissement.

Il existe de plus de nombreuses adhérences autour de ces deux premières portions, dans lesquelles est « noyé » le genu supérius.

Le fascia de Treitz enfin n'est pas très adhérent et dans l'exploration de la deuxième portion du duodénum il a été facilement décollé ce qui a mis à nu la veine cave inférieure.

Conduite Opératoire.— Gastro-entérostomie trans mésocolique :

a) brèche dans le mésocolôn (espace avasculaire) ;

a) solidarisation de la première portion avec la partie postérieure de l'estomac, près de la grande courbure avec deux pinces de Chaput puis deux fils d'appui :

e) surjet séro-séreux au fil de lin ;

d) ouverture au bistouri électrique de l'estomac et de l'intestin sur une longueur de 4 à 5 centimètres.

e) surjet postérieur puis antérieur des deux lèvres de l'ouverture ;

f) surjet séro-séreux antérieur ;

g) fixation de la bouche au mésocôlon par deux fils d'appui.

Fermeture de la paroi en un plan au fil de soie, agrafes de Michel à la peau.

Etiologie du Mégaduodénum

Pour certains (Pierre Duval le mégaduodénum existe-t-il ? — archives des maladies de l'appareil digestif 1924). ce serait une dilatation idiopathique, essentielle du duodénum. Schœmaker, après gastro-entérostomie, réopère pour rétension gastrique, le même malade et constate une énorme dilatation du duodénum, ne trouvant aucune sténose il conclut à un trouble congénital de développement. à une malformation congénitale de cause inconnue.

Il nous paraît cependant que cette malformation peut ne pas être toujours congénitale et quelle relève alors de causes diverses que nous allons essayer d'étudier.

En premier lieu il faut noter des troubles de compression.

Compression duodénale par adénopathie mésentérique. — Pierre Duval et Jean-Charles Roux, rapportent le cas d'une compression passagère de la troisième portion par une adénopathie mésentérique subaiguë transitoire, consécutive à une poussée d'appendicite subaiguë sur une veille appendicite chronique, cette adénite aiguë avait provoqué une compression passagère de la troisième

me portion du duodénum qui a disparu avec la poussée inflammatoire ganglionnaire.

On conçoit que si la cause infectieuse persiste il puisse y avoir une compression permanente déterminant une dilatation de la partie duodénale sus-jacente.

Par limite cancéreuse de l'estomac. — Bécèle, Gatellier, Moutiers rapportent le cas d'un mégaduodénum secondaire à une infiltration cancéreuse des plans sous-péritonéaux profonds, avec fixation de l'angle duodéno-jéjunal amenant une gêne très marquée du transit intestinal à ce niveau.

Il s'agissait d'une malade de 65 ans présentant des douleurs gastriques peu accentuées survenant immédiatement après les repas à siège sus-ombilical sans vomissements.

« L'examen radiologique montrait une incontinence pylorique avec une énorme dilatation du duodénum. Le duodénum se dessina, présentant une largeur tout à fait inaccoutumée, avec des striations transversales beaucoup plus accentuées que normalement, et une lésion néoplasique représentée par une forte encoche permanente sur l'antra. L'intervention décidée fut pratiquée et montra un duodénum dont le calibre était double que normalement et un angle duodénal complètement immobilisé par l'extension du processus cancéreux infiltrant le mésentère ».

Par brides inflammatoires. — (R. Grégoire).

« Ces brides siègent généralement sur la deuxième portion du duodénum, tantôt elles croisent l'angle que fait la première portion avec la seconde, tantôt, elles vont se fixer plus bas, au point où l'intestin est croisé par le mésocôlon transverse. Presque toujours ces brides pa-

raissent prolonger à droite le petit épiploon et s'attachent en haut à la face inférieure de la vésicule biliaire.

« Ce serait un ligament cystico-dudéno colique anormalement tendu et résistant, véritable extension vers la droite du petit épiploon ».

Par libération de ces adhérences et gastro-entérostomie, Raymond Grégoire obtint la guérison du malade.

Par ptôse du côlon droit. — (R. Grégoire). — « Le méso du côlon transverse et les vaisseaux qu'il contient, peuvent être un agent d'étranglement. R. Grégoire rapporte le cas d'un homme de 43 ans porteur depuis quinze ans, d'une volumineuse hernie inguino-scrotale gauche et sur laquelle il n'avait jamais essayé aucun moyen de contention.

« Ce malade est pris brusquement, pendant son travail de douleurs épigastriques sous forme de crampes sans irradiations. Douleurs rythmées par l'alimentation apparaissant trois heures après les repas, de durée moyenne. Il n'y a ni vomissements, ni régurgitations, ni nausées. Les selles sont normales.

« Un mois après le malade est pris de vomissements de sang rouge mêlé de caillots: Les douleurs cessent.

« L'examen radiologique montra une dilatation sous vatricienne du duodénum.

« A l'ouverture de l'abdomen, l'inventaire des lésions montra un duodénum extrêmement dilaté. L'estomac ne présentait aucune cicatrice, aucun épaissement pouvant faire penser à un ulcère. Mais le grand épiploon fixé, dans le bas ventre, tirait, fortement, en bas le côlon transverse et même l'estomac, en les plaquant contre la colonne vertébrale, écrasant ainsi la troisième portion du duodénum.

« La cure radicale de la hernie supprima douleurs et hématoméses ».

Par ptose du rein droit (Alglave).

Le rein en entraînant avec lui l'angle colique juxta rénal tire de tout son poids sur l'artère colique droite, et de même, le cæcum, alourdi par la stase fécale pèse anormalement sur l'artère iléo-colique, qui comme la précédente se détache du tronc de la mésentérique supérieure ».

De ce fait il en résulte une compression duodénale et la dilatation secondaire de ce conduit.

Par le pédicule mésentérique.

La cause en est quelquefois une brièveté anormale congénitale du mésentère.

Mais le plus souvent, il s'agit d'une entéroptose. Lorsque celle-ci est généralisée, la mésentère se tend et entraîne avec lui l'artère mésentérique qui y chemine ; elle se rapproche de l'aorte ; le duodénum est pris entre les deux artères.

Le cæco-côlon anormalement mobile est aussi une cause à retenir.

Par paralysie duodénale.

Sous l'influence de toxines élaborées à l'occasion de processus inflammatoires, intéressant directement sa paroi ou agissant à distance, le tube digestif après une courte réaction spastique, entre en paralysie plus ou moins prononcée et étendue.

Le duodénum obéit à cette loi commune et répond par paralysie à l'influence immédiate ou éloignée d'un processus de sécrétion toxique.

Ce sera soit de la « duodénite essentielle », quand l'inflammation est limitée au segment duodénal, soit de la gastro-pyloro-duodénite, quand le processus inflammatoire intéresse, ce qui est le cas le plus fréquent, l'estomac, et le duodénum.

Dans les processus inflammatoires de voisinage, la cholecystite, par sa réaction péritonéale retentit sur tout le carrefour sous-hépatique, l'infection se propage de proche en proche et aussi par la voie lymphatique.

Dans les processus inflammatoires évaluant à distance les toxines amenées par le courant lymphatique diffusent autour de la paroi duodénale et dans son épaisseur même, créant une paralysie du duodénum.

Quelquefois on ne trouve pas de lésion qui explique la dilatation, dans ce cas il pourrait s'agir d'un trouble moteur lié à un déséquilibre de l'innervation propre du duodénum, à un état de sympathicotonie.

Symptomatologie

SIGNES SUBJECTIFS.

Dans l'étude des observations des malades, que nous avons pu relever nous notons au point de vue subjectif, un amaigrissement qui est parfois considérable ; la constipation ; des crises de vomissements tantôt alimentaires, tantôt bilieux, et de la douleur avec prédominance dans le côté droit du ventre.

Ces phénomènes paraissent dues à une intoxication liée, à la rétention duodénale. Il s'y ajoute une céphalée tenace, particulièrement étudiée par Pierre Duval sous le nom de migraine duodénale.

Les vomissements, déjà signalés, surviennent par crises. Ils se produisent d'une façon assez soudaine, précédés, quelquefois, de sensations de malaises durant un ou deux jours.

Ils sont quelquefois d'une abondance extrême, jusqu'à deux litres dans un cas de Grégoire.

Dans certaines observations on ne relève pas de vomissements, mais, une sensation perpétuelle de nausées ; dans ces cas on trouve au tubage de l'estomac une quantité de bile très abondante.

Dans les cas plus fréquent, où ces vomissements se produisent par crises, celles-ci se reproduisent à espaces assez réguliers, et pendant toute leur durée (deux ou trois jours) les malades ne peuvent rien ingérer, et, leur état de fatigue et d'amaigrissement s'accroît.

L'amaigrissement est considérable. La perte de poids qui débute avec les autres troubles, va rapidement croissant ; certains malades perdent dix, quinze, et dix-huit kilogrammes (Duval).

Il paraît dans une certaine mesure indépendant de la ration alimentaire ; il s'accompagne d'asthénie très marquée nécessitant pour les malades l'interruption de leurs occupations habituelles.

Les douleurs violentes au moment des crises sont parfois permanentes. Elles siègent de préférence à l'épigastre. Elles s'accroissent après l'ingestion d'aliments sous forme de sensations de plénitudes, de gonflements, pouvant cesser après les vomissements. Elles semblent dues à la distension duodénale.

La migraine duodénale n'est pas un phénomène constant, elle paraît contemporaine d'une stase duodénale prolongée s'expliquant alors par une atteinte du système nerveux due à la résorption de produits toxiques, au niveau de la muqueuse duodénale.

Ces céphalées se prolongent parfois plusieurs semaines, violentes, en cas ne cédant pas à la thérapeutique habituelle, s'intensifiant après les repas.

Signes Objectifs.

À l'examen physique, l'épigastre est le siège d'une tuméfaction sonore ou mate, suivant les cas. Parfois il est possible de constater à ce niveau des ondes péristaltiques ; la main qui palpe perçoit dans certains cas, une tu

meur clapotante dont la compression provoque, chez le patient, une sensation nauséuse.

Chez notre malade, nous avons noté, des vomissements discontinus, une vive douleur en un point situé à gauche, à l'intersection du bord externe du grand droit et d'une horizontale passant par l'ombilic, qui s'accroît après les repas et est suivie de nausées ; de la constipation opiniâtre ; du ballonnement de la région ombilicale.

Pathogénie

Intoxication Duodénale.

Les malades porteurs d'un mégaduodénum, sont avant tout des intoxiqués, à faciès pâle, subictérique, avec asthénie persistante.

L'atteinte de l'état général paraît liée à la stagnation du bol alimentaire dans le duodénum.

A l'état normal, l'évacuation duodénale est rapide huit à dix secondes environ ; ici, au contraire il y a rétention qui dure plusieurs heures après que l'estomac s'est vidé.

Pour expliquer cette intoxication chronique les auteurs avaient mis en cause successivement ; une déshydratation de l'organisme ; une infection microbienne d'origine intestinale ; une anomalie des sécrétions biliaires et pancréatiques. Ces causes n'ont pas été retenues, et aujourd'hui les auteurs concluent aux deux causes suivantes : pour les uns la muqueuse duodénale sécréterait elle-même des substances toxiques, pour les autres ces mêmes substances se produiraient au dépens des liquides de sécrétion duodénale, sous l'influence de bactéries qui se développeraient dans le liquide en stagnation.

Roger a étudié la toxicité du contenu du tube digestif, chez un animal normal. De ses recherches, il conclut « que les extraits préparés avec le contenu de l'estomac, sont fort peu toxiques; ce qui proviennent de l'intestin le sont beaucoup plus, mais, les substances les plus actives se trouvent dans l'intestin grêle, et, surtout dans la partie supérieure, dans le duodénum. La toxicité serait en raison inverse de l'intensité des putréfactions ».

Whipple a isolé une anse duodénale chez l'animal, et il a vu que la muqueuse de cette anse contient une substance toxique même après drainage. Il conclut à une sécrétion de poisons par la muqueuse intestinale elle-même.

Ce serait une protéose, qui résiste à la digestion par les sucs gastriques et pancréatiques; d'une toxicité extrême, tuant un chien de cinquante livres à la dose de cent milligrammes.

Dragstedt soutient l'autre opinion. L'intoxication serait due à une altération des liquides duodénaux par les bactéries protéolytiques.

Opérant suivant la technique de Whipple, Dragstedt recueillait de l'anse isolée un liquide abondant, d'odeur fétide, rempli de bacilles et de cocci, en grand nombre. La muqueuse était nécrosée.

Gérard a trouvé dans le contenu d'une anse isolée une quantité minime d'histamine et une protéose toxique.

Il semble donc, et, en ne tenant pas compte du mode de production des protéoses qu'elles jouent un « rôle important dans le développement des troubles généraux. Elles provoquent en passant dans la circulation générale des accidents graves analogues à ceux que l'on constate dans l'état de choc » (Duval).

Etude Radiologique

Les signes radiologiques sont de trois ordres :

1°. — Transit duodénal retardé ;

2°. — Duodénum dilaté ;

3°. — Mouvements péristaltiques et anti-péristaltiques anormaux.

Le duodénum qui normalement se vide en huit à quinze secondes a une évacuation retardée, elle dure huit à dix heures en moyenne.

Le duodénum est dilaté et déformé, l'ectasie surtout marquée aux condures sera prédominante, au bulbe, au genou inférieur, au milieu de la partie descendante du duodénum.

Les mouvements anti-péristaltiques sont violents, l'onde contractile pouvant forcer le pylore et retourner dans l'estomac.

Ceci n'est visible que sur un duodénum dilaté mais non encore atonique, dans ce cas il n'y a plus à l'écran d'ondes anti-péristaltiques visibles.

Cet examen permet également de se rendre compte s'il s'agit d'une sténose fixée ou mobile (compression mésentérique).

Dans le premier cas aucune manœuvre n'arrive à modifier les caractères radiologiques, dans le second, au contraire, certaines positions du malade, certaines manœuvres font disparaître les déformations en levant l'obstacle : position gënu-pectorale, manoeuvre de Hayer.

Kummer décrit comme signes caractéristiques :

1°. — Une grosse bulle d'air, au niveau du bulbe qui plus mince que le reste de la paroi duodënale se laisse le premier distendre.

2°. — La « bandelette duodënale » qui représente un moulage du duodënum dilaté, par la bouillie opaque.

3°. — L'image hydro-aërique duodënale.

Elle serait due à la bile et au suc pancréatique retenus dans le duodënum, se présentant à l'écran sous forme d'un niveau d'eau que surnage une bulle d'air.

Dans le cas rapporté par nous, l'examen radiologique montrait un estomac allongé ne contenant pas de liquide de stase, un « duodënum partiel mobile », une gêne au transit, mais dans son ensemble l'évacuation ne paraissait pas retardée.

Diagnostic

Le diagnostic du mégaduodénum, se fera, à l'aide des signes cliniques, des signes radiologiques, et, au besoin par la laparotomie exploratrice.

Les signes cliniques qui retiendront le plus notre attention seront :

1°. — Les troubles digestifs : Vomissements, tantôt alimentaires, tantôt bilieux, abondants, et survenant par crises.

Douleurs à siège épigastrique sous forme de sensations de plénitudes, de gonflements s'accroissant après l'ingestion d'aliments pouvant cesser après les vomissements.

Diarrhée ou constipation opiniâtre.

2°. — Les troubles de l'état général : L'amaigrissement qui est souvent considérable.

L'intoxication, se traduisant par des troubles du système nerveux sous forme de céphalées tenaces, d'asthénie, et d'irritabilité excessive.

Par l'examen physique, il sera souvent possible de déceler, à l'épigastre, une tuméfaction sonore ou mate cla-

potante, dont la compression provoque une sensation nauséuse.

Dans quelques cas des ondes péristaltiques seront perçues à ce niveau.

Mais tous ces signes, nous paraissent trop vagues pour permettre de porter d'emblée un diagnostic de mégaduodénium. L'examen radiologique du tube digestif s'impose, c'est lui, qui, dans la grande majorité des cas, fera le diagnostic.

Il nous montrera :

Un transit duodénal retardé;

Un duodénum anormalement dilaté;

Une anomalie dans les mouvements péristaltiques et anti-péristaltiques;

L'image « hydro-aérique » duodénale de Kummer, se présentant à l'écran sous la forme d'un niveau d'eau que surnage une bulle d'air.

La laparotomie exploratrice interviendra, en dernier lieu, pour rectifier un diagnostic erroné de diverticule, d'ulcère, de cholécystite, et, pour permettre un diagnostic étiologique : compression duodénale ou dilatation idiopathique.

Chez notre malade, l'exploration après laparotomie fit découvrir une première portion duodénale extrêmement dilatée, en forme de barillet, due à un rétrécissement siégeant à l'union de la première et de la deuxième portion, avec nombreuses adhérences.

Formes Cliniques. — Suivant la cause de la dilatation duodénale nous distinguerons plusieurs formes cliniques : 1) une forme colique droite ; 2) une forme du type hépatique ; 3) une forme appendicite, une forme annexielle, une forme névropathique ; une forme tumorale.

1°. — *Forme Colique Droite.* — C'est une forme qui atteint le plus souvent les femmes à grossesses répétées. Elle commence par une constipation opiniâtre du type droit.

Les signes duodénaux ne surviennent que plus tard. La position génu-pectorale améliore ces maladies, elle agit par relâchement du pédicule mésentérique.

2°. — *Forme du type hépatique.* — Caractérisée par un endolorissement constant dans le carrefour sous-hépatique, avec poussées aiguës, rappelant la crise de colique hépatique.

Il s'agirait de cholécystite chronique, avec retentissement sur le duodénum soit par périoduodénite soit par phénomène toxique.

3°. — *Formes appendicites et annexielles.* — Une appendicite chronique ou une annexite sont à la base et créent secondairement par propagation des toxines, une paralysie duodénale, commandant à son tour sa dilatation.

Elles se traduisent par les signes habituels du mégaduodénum avec surajoutés ceux de l'affection causale.

4°. — *Forme du type névropathique.* — Elle se rencontre chez les sujets nerveux. Il y a une hypertonicité initiale qui fait place rapidement à de l'atonie et à une dilatation passive du conduit duodénal.

Le malade présente un état nauséux et migraineux procédant par crises à l'occasion de la fatigue et du surmenage.

5°. — *Forme tumorale.* — Dans les cas d'adénopathies tuberculeuses calcifiées de l'angle duodéno-jéjunal agissant par compression.

On trouve en général chez ces malades des lésions pulmonaires associées.

EVOLUTION

Elle s'étend sur de longues années conservant son caractère cyclique et pouvant se compliquer d'angiocholite aigüe, et de pancréatique aigüe hémorragique par propagation de l'infection due à la stase duodénale, et cheminant par les canaux biliaires et pancréatiques ou en suivant la voie lymphatique.

Traitement

Le traitement sera médical ou chirurgical. Pour libérer ces malades de la stase duodénale on emploiera le tubage associé au lavage duodénal.

Terris préconise un lavage avec du sérum physiologique légèrement hypertonique (solution à 10 p. 100). Il semblerait en effet d'après les travaux d'Haden et Orr, que le chlorure de sodium puisse avoir une action antitoxique sur la muqueuse duodénale. Ces auteurs utilisent aussi l'épreuve de Meltzer-Lyon comme action sur la sécrétion biliaire, pancréatique et duodénale pouvant déterminer une atténuation des accidents de toxémie chronique.

On prescrira le régime végétarien peu toxique et de transit facile. On conseillera les eaux bicarbonatées calcaïques qui par leur action tonique sur la muqueuse, entraîneront un meilleur fonctionnement duodénal.

Le repos au lit en position horizontale, dorsale ou ventrale, après le repas sera observé.

On pourra ordonner le port d'une ceinture orthopédique qui relèvera et soutiendra les viscères.

On réchauffera la région duodénale par la thermopénétration diathermique, pour essayer d'agir sur la mobilité et le chimisme du duodénum.

Mais dans un grand nombre de cas et, le plus souvent, le traitement médical sera insuffisant, il faudra s'adresser alors au traitement chirurgical, qui est celui qui présente le plus de chance de conduire à la guérison les dilatés chroniques du duodénum.

Ce sera le plus souvent par une laparotomie exploratrice que le chirurgien commencera, il pourra alors le ventre ouvert, adopter sa conduite opératoire aux lésions constatées.

Il procédera d'abord à une incision médiane de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, qui lui permettra, l'exploration douce, minutieuse, par la vue et le toucher, de l'estomac, du duodénum et des premières anses jéjunales.

Si l'opérateur trouve un obstacle, il peut :

a) soit le lever ;

b) soit le contourner et assurer l'évacuation par un abouchement avec le jéjunum (duodéno-jéjunostomie

1°. — *Lever l'obstacle* : on y aura recours dans quelques cas particuliers de ligaments, brides, vaisseau anormal dont on fera la section.

De même dans les cas d'insertion vicieuse du muscle de Treitz, avec situation élevée de l'angle duodéno-jéjunal et fermeture de ses branches, on fait une désinsertion du muscle qui a pour effet d'abaisser et d'ouvrir l'angle.

2°. — *Contourner l'obstacle* : Mais s'il s'agit de péri-duodénite, il semble préférable de ne pas libérer le duodénum car les brides inflammatoires sectionnées, ont tendance à se reformer plus abondantes qu'auparavant.

Il conviendra alors comme dans tous les autres cas de contourner l'obstacle en créant une dérivation par une duodéno-jéjunostomie portant sur le segment stasique.

Dans les cas, où la dilatation duodénale s'accompagne d'atonie gastrique entraînant un état de rétention, au niveau de l'estomac, il faudra associer à la duodéno-jéjunostomie une gastro-entérostomie.

La gastro-entérostomie seule avec exclusion du pylore, laisser persister un sac duodénal où s'accumuleront encore les produits de la sécrétion des glandes digestives, d'où persistance possible des phénomènes d'intoxication.

Delbet pratique la gastro-pyloro duodéno-jéjunostomie à unique abouchement, qui réunit l'anse jéjunale à l'antrum pylorique et au duodénum à travers le pylore.

Si le côlon droit est ptosé, on fait une colopexie associée à la droite duodéno-jéjunostomie : opération facilitée par l'incision en L de De Martel.

Enfin certains auteurs ont préconisé des interventions directes sur le système nerveux :

- soit à l'énervation de Letarjet et Wertheimer ;
- soit la myotomie gastrique extra-muqueuse de Stierlin ;
- soit la sympathicectomie péri-artérielle.

Chez notre malade il fut pratiquée une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique. Le rétrécissement duodénal, cause de la dilatation sus-jacente, n'étant pas trop prononcé pour empêcher tout passage à travers ce conduit.

Observations

OBSERVATION 2

Observation du Professeur Raymond Grégoire

*(Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris
20 Avril 1921)*

Madame R..., surveillante de l'assistance publique se plaint de douleurs du côté droit du ventre et de vomissements. Elle a 43 ans et a commencé à souffrir vers l'âge de 25 ans.

A 18 ans elle aurait eu des accidents péritonéaux qui guérissent spontanément. A 26 ans elle a présenté quatre crises « d'appendicite », douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, vomissements, constipation, mais pas de fièvre. Entre la première et la deuxième crise elle présentait un léger ictère qui dura 4 mois. Elle fut opérée d'urgence lors de cette quatrième atteinte.

Quelques mois après, elle recommençait à souffrir du côté droit du ventre avec vomissements comme par le passé. Depuis, ces accidents ont persisté. Les douleurs sont peu intenses mais continues.

Les vomissements surviennent très irrégulièrement ; ils se produisent 2 ou 3 jours de suite et ne se reproduisent pas pendant plusieurs semaines. Ils s'accompagnent toujours d'une sensation de soulagement.

En 1917, elle est prise brusquement de douleurs abdominales droites très violentes et de vomissements verts abondants.

En décembre 1920, accidents analogues.

Elle a beaucoup maigri, elle souffre constamment, l'appétit est nul et la constipation plus tenace qu'elle n'a jamais été.

A l'examen, on trouve ; une cicatrice d'appendicectomie et une légère voussure sous-ombilicale, pas de mouvements péristaltiques à ce niveau.

A la palpation, on réveille une douleur assez vive au-dessous de l'ombilic.

Le moindre frolement est pénible, on sent une masse volumineuse, résistante, nettement perceptible. Son bord droit descend oblique en bas et en dedans jusqu'au dessus du pubis et se perd en haut, sous le foie.

A gauche de la ligne médiane, cette masse remonte presque verticalement jusqu'au rebord costal. Elle est mâte et ne clapote pas.

Examen radiologique. — L'évacuation pylorique commence 1/4 d'heure après le repas opaque. Bulbe duodénal relativement petit, exempt de déformation, légèrement sensible à la pression.

Génu supérieus arrondi et bien perméable.

Deuxième portion du duodénum extrêmement longue (au moins triple de la normale), elle n'est pas verticale, elle paraît repoussée en dedans contre l'antra pylorique.

Génu inférieus énorme. La pression sur cette partie du duodénum fait remonter le mucilage baryté jusque dans

le bulbe, et n'arrive pas à lui faire franchir la partie rétrécie qui apparaît en face de la colonne vertébrale au niveau de la racine du mésentère et des vaisseaux mésentériques.

Dans le décubitus dorsal les trois premières portions s'injectent considérablement, elles présentent, un volume quadruple que normalement.

Opération le 18 Janvier 1921. — A l'ouverture du ventre, on trouve un estomac légèrement plus descendu qu'un estomac normal. Mais il n'existe aucun épaissement, aucune induration de ces parois, ni de ces courbures. Pas de ganglions dans la zone tribulaire de l'estomac.

Le côlon transverse a un méso long, et, il est rempli de matières.

Le duodénum est du volume d'un côlon, les parois sont épaisses mais, le péritoine, à sa surface, est resté mince, brillant, sans traces d'inflammations ni d'adhérences.

La corde mésentérique est peu tendue et on ne sent aucune sclérose dans le pied du mésentère. D'ailleurs la partie supérieure du jéjunum sur une longueur de 10 centimètres environ est plus large et plus épaisse qu'à la normale.

Pas de ganglions mésentériques.

Pas de brides ou de compressions pouvant expliquer cette dilatation duodéno-jéjunale.

On fait sans difficulté, en raison du gros volume du duodénum une duodéno-jéjunostomie sous mésocolique à anse courte. La bouche répond au point le plus déclive de l'anse duodénale.

Suites normales. La malade commence à s'alimenter normalement le quatrième jour. Huit jours après, plus de douleur, plus de sensations nauséuses, plus de constipation. Quoique au lit, elle va à la selle régulièrement et sans rien prendre.

OBSERVATION 3

Observation du Professeur Raymond Grégoire

(Société de Chirurgie de Paris 1920)

L... Eufénie 29 ans, entre le 8 Mars 1920 pour douleurs à l'estomac. Souffre depuis 8 ans ; est soignée pour dilatation d'estomac.

Sensation de balonnement et d'étouffement après les repas surtout quand elle est couchée. Pas de vomissements, vives brûlures, très constipée, nausées continuelles. Malade très amaigrie, très nerveuse.

L'estomac ne paraît pas très distendu. Point douloureux très net dans le triangle de Chauffart. Foie un peu gros.

Examen Radioscopique. — Le bismuth, pris la veille, est dans le gros intestin, du cœcum au côlon descendant. Rien n'est resté dans l'estomac. Côlon nettement ptosé, presque au contact de la symphyse pubienne. On le remonte très facilement, mais cette manœuvre est assez pénible.

Prise de bismuth. — Estomac disloqué verticalement en forme de J très allongé. Il mesure 25 centimètres de haut ; le fond est à 7 centimètres au-dessous de l'ombilic. Les contours en sont réguliers. Pas de douleur à la pression gastrique, mais douleur marquée en cherchant à relever le fond de l'estomac qui ne se remonte guère que jusqu'à l'ombilic.

Contractions péristaltiques normales, transit duodénal normal. Point douloureux très net sur le duodénum.

Intervention le 12 Mai 1920. — Le ventre ouvert, on trouve un estomac extraordinairement descendu. La peti-

te courbure est à un niveau sous-jacent à l'ombilic, la grande courbure descend jusqu'au pubis.

Le pylore, très mobile, est à gauche de la ligne médiane. La première et la deuxième portion du duodénum sont très dilatées, au point d'acquérir la dimension d'un côlon d'enfant.

Au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, on trouve des brides inflammatoires qui enveloppent l'angle et adhèrent d'autre part au mésocolon transverse. A ce niveau, l'intestin est de petit calibre, mais ne donne pas au doigt la sensation d'induration.

Il fut pratiqué une libération de ces adhérences, qui cependant resta forcément incomplète. D'un autre côté étant donné la certitude de leur reproduction on pratiqua une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique.

Comme le côlon transverse est ptosé et muni d'un méso extrêmement long qui semble tirailler le duodénum, on le fixe à la paroi antérieure de l'abdomen par quelques points de suture.

Dans les jours qui suivent son opération, la malade fait des signes d'insuffisance hépatique d'origine chloroformique avec ictère, torpeur, oligurie.

Le 23 Mars, la malade va tout à fait bien. L'appétit est revenu, les selles sont régulières et normales, de même que les urines. La malade se lève.

Revue le 29 Mars 1921. A engraisée de 4 kilogrammes aucune douleur, se sent moins nerveuse.

OBSERVATION 4

Observation du Professeur Raymond Grégoire

(Société de Chirurgie de Paris 1920)

S... Cécile, 34 ans, entre pour douleurs dans l'hypocondre droit, amaigrissement et constipation opiniâtre.

Malade depuis l'âge de 15 ans. Opérée à 19 ans pour appendicite et ovarite scléro-kystique ; à 24 ans, pour cholécystite et ptose rénale. Néanmoins à toujours continué à souffrir sans aucune amélioration.

Douleurs dans l'hypocondre droit, surtout quand la malade est debout, digestions pénibles, nausées, mais jamais de vomissements, constipation opiniâtre.

Al'examen, ventre souple et plat, douleur diffuse dans tout le côté droit. Côlon ptosé et distendu. Gargouillements coliques.

Examen Radiographique. — Il révèle une ptose colique droite avec accollement du côlon en canon de fusil. On pense alors que cette ptose partielle du côlon peut occasionner ces douleurs en provoquant une dilatation colique par coudure.

Intervention le 9 Janvier 1920. — Incision le long du bord externe du muscle droit, depuis le rebord costal jusqu'à la ligne ombilico-iliaque.

On trouve le côlon droit entièrement mobile et muni d'un long méso. Il tombe dans la fosse iliaque.

L'artère du côlon transverse et sa veine font alors une sorte de corde tendue en bas et à droite qui passe sur l'angle qui fait la deuxième portion du duodénum avec la troisième.

En ce point le duodénum est nettement rétréci, comme pincé, et, au-dessus la deuxième portion est fortement dilatée.

Ces détails se voient d'autant mieux que l'absence d'accolement colique permet de voir directement la totalité du duodénum, jusqu'au croisement de l'artère mésentérique. Il est directement visible au fond du ventre et nulle part recouvert par le mésocolon dont l'attache paraît se faire le long du mésentère.

On fait alors une colopexie de l'angle sous-hépatique du côlon. La portion horizontale est fixée à la paroi antérieure de l'abdomen, la partie verticale, dans le fond du flanc droit.

Le 26 Janvier 1920 la malade quitte l'hôpital guérie de son opération.

Le 4 Mai 1920 la malade écrit qu'elle ressent encore quelques douleurs dans le dos et le creux de l'estomac.

OBSERVATION 5

Observation du Professeur Raymond Grégoire

(Société de Chirurgie de Paris 1920)

R... Fernande, âgée de 22 ans, entre le 8 Décembre 1919 pour douleurs au creux de l'estomac.

Depuis l'âge de 12 ou 13 ans, elle a toujours souffert de l'estomac, digestions longues, pénibles, pesanteurs sans pyrosis, sensations de ballonnement abdominal.

Vers la fin de 1914, son état s'est subitement aggravé, elle commence à vomir après les repas. Deux fois elle eut des hématemèses.

En 1915 et 1916, la malade se trouve à peu près bien portante. A la fin de 1916, les douleurs reparaissent. Il ne se manifeste cette fois ni hématomésés, ni vomissements alimentaires. Pas de mélœna.

La malade est pâle, fatiguée. Elle pèse 38 kilogrammes. Elle est incapable d'aucun travail soutenu et sujette à la tristesse et aux idées noires.

A l'examen, l'abdomen est pendant les périodes douloureuses nettement distendu et ballonné surtout au niveau de l'épigastre. On sent du reste à la main, une sorte de globe tendu, formé par l'estomac dont on perçoit les contractions et les reptations à travers la paroi abdominale.

En dehors des périodes douloureuses, le ventre, sans être tout à fait souple, est plat, la pression n'est douloureuse qu'au niveau de la zone pancréatico-duodénale.

Examen Radioscopique.— L'estomac hypotonique descend jusqu'au voisinage du pubis. Les mouvements péristaltiques n'apparaissent que très longtemps après l'ingestion, encore faut-il des excitations multipliées de la paroi abdominale. Liquide de stase en très grande abondance, occupant près du tiers de la hauteur totale de l'estomac.

Le pylore, extrêmement bas, se projette au-dessous de l'ombilic, aucune encoche gastrique.

Intervention le 11 Décembre 1919. — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Le foie descend bas et occupe tout l'angle chondral. L'estomac descend très bas jusqu'au pubis, et, décrit un J très prononcé.

Le pylore et le duodénum, dans ces deux premières portions, sont d'une mobilité anormale considérable. Il existe un ligament cystico-duodéno-colique.

Le côlon transverse et le côlon droit ont une mobilité excessive. L'angle sous-hépatique du côlon, est, même en position couchée dans le fond de la fosse iliaque.

On voit nettement que le côlon droit prolabé tire sur son méso et écrase le duodénum contre la colonne vertébrale à l'union de la deuxième et de la troisième portion.

Il paraît évident qu'il existe un obstacle au cours des matières au niveau du duodénum, obstacle causé par la ptose colique et le tiraillement de son méso.

Pour faire disparaître ce tiraillement du duodénum on pratique une colopexie du côlon transverse à la paroi antérieure de l'abdomen, ce qui déjà remonte considérablement l'estomac.

La région pylorique de l'estomac, est en dernier lieu fixée à la paroi abdominale antérieure par 4 points de suture.

Elle quitte l'hôpital le 21^e jour en parfait état.

Revue le 6 Janvier 1920, elle déclare n'avoir plus de douleurs après les repas, pas de ballonnements du ventre, pas de constipation, pèse aujourd'hui 40 kilogrammes 500, elle a donc engraisée de 2 kilogrammes 500 en 1 mois à peine.

Revue le 14 Mars 1920 très bon état général, n'a plus aucune douleur d'estomac, mais se sent encore fatiguée quand elle travaille un peu trop longtemps.

OBSERVATION 6

Observation du Professeur Raymond Grégoire

(Société de Chirurgie de Paris 1920)

V... Marthe, dix-neuf ans, entre pour douleurs intermittentes du ventre avec crises de vomissements verts d'une abondance extrême.

Petite, maigre, chétive, teint grisâtre, souffre depuis l'âge de six ans. Les crises de vomissements reviennent à peu près tous les 2 mois, précédés d'une période de fatigue et de douleurs. Diarrhée persistante.

A l'examen : ventre souple, voussure tympanique et douloureuse au niveau de l'ombilic.

Examen Radiologique. — Ectopie de la troisième portion du duodénum accolée en canon de fusil à la deuxième contraction péristaltique de l'anse. Pas de stase dans le gros intestin.

Intervention du 25 Février.— Anesthésie au chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale.

On trouve : 1° La grande faux du péritoine reportée à gauche de la ligne médiane.

2° La vésicule biliaire sans relation avec le foie, à distance de lui et passant en arc, par dessus le dos de la première portion du duodénum, comme un sac sur le dos d'un âne.

3° Le pylore est à gauche de la colonne vertébrale et l'estomac complètement dans le flanc gauche.

4° Il existe une malformation de tout l'intestin. Le côlon non accolé passe derrière le duodénum et le jéjunum.

L'artère mésentérique passe sur le duodénum et le côlon transverse. Néanmoins le cœcum est à droite.

Les anses grêles sont en tire bouchon de la région lombaire au cœcum.

En outre au niveau de ce qui serait l'angle duodéno-jéjunal, il existe un enchevêtrement inextricable à première vue, des anses grêles et du gros intestin.

Le duodénum a des dimensions d'un côlon volumineux. La dilatation s'arrête brusquement au niveau d'une sor-

te de bride mésentérique due probablement à la cicatrisation d'un ganglion jadis caséifié. Cette bride étrangle le grêle et est péniblement disséquée et l'obstacle levé, mais dans la crainte qu'il ne se reforme des adhérences identiques, on fait une gastro-entérostomie atypique, sur la portion horizontale de l'estomac.

Fermeture de l'abdomen. — Le 1 Mars l'état général s'est déjà bien relevé, la malade absorbe sans difficulté les liquides.

Le 8 Mars, la malade mange de tout et digère bien, les selles sont normales et spontanées, le faciès du sujet, qui était autrefois jaune citron, redevient clair, les joues roses.

Les agrafes sont enlevées, la cicatrice est parfaite. La malade va de mieux en mieux. Quitte l'hôpital le 18 Mars. Revient le 29 Mars en très bon état, déclare manger de tout, n'a plus eu de vomissements.

Revue le 15 Mai, va très bien, engraisse de 3 kilogrammes exactement en 2 mois.

Conclusions

1°. — Le mégaduodénum est une affection rarement observée.

Cette malformation peut porter, suivant la cause qui la produite, sur l'ensemble du tube duodénal ou sur une ou plusieurs portions seulement.

2°. — L'étiologie en est complexe. C'est tantôt un obstacle siégeant au niveau des portions sous-mésocolique, du duodénum, qui correspondrait le plus souvent à un pédicule mésentérique, à de la périoduodénite, à des brides-péritonéales, à une tumeur, à des ganglions hypertrophiés, à une coudure exagérée de l'angle duodéno-jéjunal par brièveté ou insertion anormale du muscle de Treitz, à la ptose du rein droit ou du côlon droit. Tantôt il n'existe aucune cause de compression. Il s'agirait alors, de paralysie duodénale due à l'influence immédiate ou éloignée d'un processus toxique : duodénite, gastro-pyloro-duodénite, cholécystite.

Enfin cette dilatation chronique du duodénum peut-être liée à un trouble moteur du à un déséquilibre de l'innervation propre du duodénum, à un état de sympathicotomie.

3) Sa symptomatologie est formée de troubles digestifs, nausées, vomissements, douleurs ; de troubles nerveux, céphalée tenace, asthénie, irritabilité excessive ; de troubles généraux, amaigrissement très prononcé et intoxication grave due à la stase duodénale qui entraîne une résorption de produits éminemment toxiques.

4) Le diagnostic n'est possible qu'à l'aide des examens radiologiques.

5) Le traitement est surtout chirurgical. Il consiste soit à lever l'obstacle, quand il est possible de le faire, soit à pratiquer une opération de dérivation par gastro-entérostomie ou duodéno-jéjunostomie.

La gastro-entérostomie est une opération d'une réalisation plus facile. Elle se fera dans les cas où il n'existe pas de compression duodénale trop marquée ; elle ne donnera en effet de bons résultats que lorsque le segment duodénal dilaté pourra encore vider son contenu dans le jéjunum.

Dans les cas contraires nous croyons préférable de pratiquer une duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique qui a l'avantage de drainer, au point déclive, la poche duodénale, supprimant ainsi toute cause de stase qui est à la base des phénomènes toxiques relevés chez les dilatés chroniques du duodénum.

Il convient aussi de mentionner les interventions portant directement sur l'innervation duodénale.

L'énervation gastrique de Letarget et Weitheimer.

La myotomie circulaire extra-muqueuse de Stierlin.

La sympathiectomie péri-artérielle.

Bibliographie

Dilatation du Duodénum

- H. ANNES DIAS. — Dilatacion duodenal cronica. (*Jornal dos Clinico*, Julio 1929).
- CARLOS S. ALLENDE. — Dilatacion aguda del estomago y compresion duodenal por el pediculo mesenterico, post-operatoras. (*Soc. de Cirurgia de Buenos-Aires*, 4 de Julio de 1928).
- BARBER. — Dilatation of the duodenum. (*Ann. Surg. Philad.*, 1915, LXII, p. 433-440).
- BARBER. — The significance of increased duodenal dilatability. (*Méd. Rec. New-York* 1916, XC., p. 673).
- BARCLAY. — Duodenal dilatation. (*Médical Record*, 12 Nov. 1921, p. 872).
- BENJAMIN. — Dilatation of duodenum. (*Méd. Rev. of Rev.*, t. XX, 1914, p. 82).
- BLOODGOOD. — Dilatation of the duodenum in relation to surgery of the stomach, and colon. (*J. Am. M. Assoc. Chicago*, 1912, LIX, p. 117-121).
- BLOODGOOD J. C. — Chronic dilatation gastro-mésentéric ileus. (*Arch. Ital. Chir.* 1927, p. 270).
- BROBIÉ. — Etiologie méconnue de la dilatation de la 2e et de la 3e portion du duodénum. (*Soc. Belge de Chir.*, 27 Décembre 1924).

- CATALINA PRIETO. — Dilatation du duodénum et ulcères de la petite courbure. (*Arch. Espanoles de Enfermedades del Aparato digestivo*, A. X. n. 11, Novembre 1927).
- CELASCO, ROPHILLE et LANARI. — A propos d'un cas de dilatation de la 3e portion du duodénum. (*La Semana Medica* (Buenos-Ayres), A. XXXII, n. 37, 10 Septembre 1925).
- CHRISTIAN. — Diagnosis of dilatation of the duodenum ; a clinical note. (*Boston M. et S. J.*, CLVI, p. 609).
- CORWIN. — Megaduodenum. (*Colorado Med. Denver*, 1915, XII, p. 138-141).
- CROUSE. — Chronic duodenal dilatation, its concomitant and sequential pathology. (*Arch. Surg. Chicago*, 1920, I, p. 538-563).
- DAVID. — Dilatationen des Duodenums im Roentgenbild bei direkter fullung. (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgens-trahlen*, Hamb. 1914, XXII, p. 208-213).
- DORRANCE et DEAYER. — Gigantic Duodenum due to a Kinking at duodenal jejunal junction. (*International Clinics* 1915, p. 235).
- DOUGLAS-VANDERHOOF. — Dilated duodenum with special references to chron. duodenal obstruction in visce roptose. (*Journ. of the Amér. Assoc.*, t. 69, n. 7, 18 Août 1917, p. 510).
- D WNES. — Giant duodenum. (*Ann. Surger. Philad.* 1917, LXVI, p. 436-440).
- DUBOSC. — Mega duodenum report of a case in an infant. (*Surg. Gynec. et Obst. Chicago*, 1919, (, p. 278-281).
- GAMBERINI. — Megaduodenum. (*Bull. Sc. Méd. di Bologna*, 9 s., IX, p. 326-336).
- GREGOIRE. — Mega duodenu. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris* 1921, XLVII, p. 528-532).
- GREGOIRE. — Dilatation sous-vaérienne du duodénum par hernie épiploïque irréductible. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.* t. I, n. 29, 19 Nov. 1924, p. 1026).
- LANE. — La distension du duodénum dans la stase intestinale chronique. (*Surg. Gyn. and Obst.* t. XII, n. 3, Mars 1911, p. 221).

- LANGERON, DESPLATS et LAMORIL. — Deux cas de dilatation du duodénum. (*Soc. Méd. et Anat. Clin. de Lille*, séance du 11 Mars 1930).
- LANGERON, DESPLATS et LAMORIL. — Deux cas de dilatation du duodénum. (*Journ. des Sciences Médicales de Lille*, n. 16, 20 Avril 1930).
- LAUNAY. — Dilatation du duodénum. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat de Chir. de Paris*, n. 31, 13 Décembre 1924).
- LERICHE et SIGAUD. — Exclusion du duodénum pour dilatation duodénale. (*Lyon Médical* 1912, cxvii, p. 482-484).
- LEZA. — Dilatacion del duodeno. (*Rev. de Méd. y Cirurg. de la Habana* 1918, xxiii, p. 147-157).
- MADINAVEITA I. M. — Dilatation of duodenu complicating ulcer. (*Progresos de la Clinica*, Janv. 1927, p. 51).
- MORLEY. — Dilatation fusiforme du duodénum simulant un estomac en sablier. (*The British Journal of Surgery*, Bristol, vol. xiii, n. 52, Avril 1926).
- PAUCHET. — Dilatation du duodénum. (Occlusion duodénale chronique ; dilatation gastro-duodénale aigüe post-opératoire. (*Paris Médical* 1918, xxvii, p. 393-395).
- PILVEN. — Dilatation sous-vatérienne du duodénum par adhérence épiploïque pelvienne. Rapport de Baumgartner. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, t. LI, n. 2, 14 Janvier 1925, p. 35).
- ROBERTS. — A case of extreme dilatation of the duodenum due à une obstruction chronique. (*Arch. of Radiol. Electroth*, n. 258, Janv. 1922).
- RUSSEL. — A note on dilatation of the duodenum with the report of a case associated with multiple neuritis. (*Birmingham M. Rev.* 1902, 2((, p. 269-279).
- SABALEGUI, NICHOLSON et TOUREILLE. — Chronic dilatation from compression of superior mesenteric vessels. (*Semana Medica*, (Buenos-Ayres), 7 Juillet 1927, p. 15).
- SCHMIDT et OHLY. — Dilatation congénitale du duodénum avec formation d'un diverticule duodénal. (*Münchener Méd. Woch.*, t. LXI, n. 23, 9 Juin 1914, p. 1278. Résumé in : *Journ. de Chir.*, t. xiii, 1914, p. 205).

- SCHMORL. — Enorme dilatation du duodénum. (*S. des Sciences Naturelles et Médicales de Dresde*, 11 Février et 4 Avril 1911, in *Münchener Méd. Woch.*, n. 26, 27 Juin 1911).
- SHOEMAKER. — Chronic dilatation of the duodenum. (*Calif. State J. M. San Francisco* 1921, xix, p. 292-294).
- SUMMERS J. E. — Duodenum dilatation. (*Nebraska Med. Journ.*, Février 1928, p. 46).
- THORNING et SMITH. — Retrograde peristalsis in the second and third portions of the dilated duodenum. (*Tr. South. Surg. Ass. Philad.* 1918).
- TUSSEAU. — Dilatation et occlusion aiguës post-opératoires du duodénum. (*Renaissance Médico-Chirur.*, Février 1928).
- URRUTIA L. — Two cases of dilatation of the duodenum. (*Progresos de la Clínica*, Septembre 1926, p. 288).
- VANDERHOOF. — Duodénum dilaté. (*Journ. of Amer. Méd. Assoc.*, 18 Août 1917).
- G. ANDREOLETTI. — Dilatazione duodenale acuta da appendicite alta sottoepatica. (*Minerva méd.* I : 79-82, 13 Janv. 1931).
- F. C. ARRILLAGA, M. MORDEGLIA, E. GAZZOTTI. — Megaduodeno y megacolon. (*Rev. méd. latino am.* 16 : 1265-1284, Juin 1931).
- A. H. BAKER et J. KIRK. — Case of mégaloduodénum with various vascular abnormalitis. (*J. anat.* 68 : 350-353, April 1934).
- H. BASADE. — Mégaduodéno por tumoracion tuberculosa del intestino. (*Rev. Med. Latino. am.* 18 : 1428-1431, Sept. 1933).
- BACK. — Traitement du mégaduodénum. (*Zentralblatt für chir.* LIX, n. 29, 16 Juillet 1932).
- BECLERE, GALATIER et MOUTIER. — Mega duodénum dans la limite cancéreuse. (*S. de Gastro-Entérologie de Paris*, 9 Janvier 1925, in : *Arch. des mal. de l'appar. dig. et de la nutr.* t. XVII, n. 2, Février 1928).
- S. CORDOBA. — A proposito de la dilatacion gastro-duodenal aguda. (*Gaz. Méd. de Caracas* 40 : 345-357, Déc. 31-1933).

- CORWIN. — Megaduodenum. (*Colorado Med. Journal*, t. XII, 1915, p. 138).
- R. CULTY. — A propos d'un cas de mégabulbe. (*Soc. de la méd. mil. franç. Bull. mémo* : 26-127-130, June-July 1932).
- DUBOSC. — Un cas de mégaduodénum. (*Surg. gyn. obst.*, 3 Sept. 1910, p. 1932).
- DUVAL. — Le mégaduodénum existe-t-il ? (*Arch. des mal. de l'appar. dig. et de la nutr.* 1924, p. 197).
- L. GOTTFKE. — Megaduodénum beim Sängling-Ulcus und Erweiterung des Duodenums. (*Med. Welt* 5 : 1067, 25 Juillet 1931).
- GREGOIRE-RAYMOND. — Megaduodenum. *Bulletin de la Soc. de Chir.*, 26 Avril 1921, p. 528 à 532).
- JOUBERT. — Dilatation fonctionnelle sous-vatérienne du duodénum. (*Sté de Méd. des Deux-Sèvres* 11-34 in : *Actual. méd. chir.*, n. 9, 12-34).
- A. LARRANAGA. — Dilatación gastroduodenal aguda. (*Cir. y cirujanos* 2 : 271-274, Nov. 1934).
- C. G. LYONS. — Megaduodenum ; case report. (*Am. J. Roentgenol.* 25 : 381-383, Mars 1931).
- R. MARCHIONI. — A propos de deux nouveaux cas de dilatation chronique du duodénum. (*Bull. et mé. Soc. de radiol. méd. de France*, 20 : 373-381, June 1932).
- G. MARX. — Dilatazione congenita della parte più alta del duodeno. (*Rinasc. méd.* 8 : 1er Mars 1931).
- MASSA. — De la dilatation du bulbe duodénal dans les affections gastro-duodénales. (*Soc. Belge de Gastro-Entérologie*, S. du 27 Mai 1933 in : *Bruxelles Médical*, n. 32, 11 Juin 1933).
- B. SCHIASSI. — Duodeno-ectasia ; cieco-colon-ectasia. (*Gazz. internaz. méd. chir.* 38 : 674, 31 Octobre 1930-720, 15 Novembre 1930).
- V. S. CHMIEDEN et KRAAS. — Zur Ätiologie und Klinik des megaduodenum. (*Med. Klin.* 27 : 1445-1447, 2 Octobre 1931).
- SCHREUDER. — Un cas de forte ectasie duodénale. (*Nedal Tijds Voor Genees*, an. I. XX, n. 12, 25 Mars 1933, p. 1301).

SURMONT. — Mega bulbe et mega duodénum. De la nécessité de les différencier des dilatations duodénales. (*Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de France* 20 : 419-421, July 1932).

DE BEULE. — Stase duodénale chronique. *Bruxelles Médical* 1932.

Pierre DUVAL, Jean Charles ROUX. — Compression passagère du duodénum par adénopathie mésentérique. *Bulletin et mémoires de la société nationale de chirurgie* 1934, p. 1239.

ALGLAVE. — Compression du duodénum par la ptose droite du rein. *Société de chirurgie*, 1920.

KUMMER. — Occlusion chronique de l'angle duodéno-jéjunal. *Société de chirurgie*, 1920.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

Contribution à l'Etude
du Mégaduodénum

par M. Cathary

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 26 Avril 1937

Le Professeur :

MASSABUAU

Vu :

Montpellier, le 24 Avril 1937

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier le 24 Avril 1937

Le Recteur,

C. TAILLIART.

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
